

飯能市不妊検査費・不育症検査費助成事業申請書

年 月 日

（宛先）飯能市長

飯能市不妊検査費・不育症検査費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

申請検査		不妊検査		不育症検査	
申請者	男性	ふりがな			生年月日 年 月 日 ( ) 歳
		氏名			
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】		*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入	
女性	女性	ふりがな			生年月日 年 月 日 ( ) 歳
		氏名			
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】		*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入	
検査期間		年 月 日～ 年 月 日			
申請額		円			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店（支所） 出張所	
	預金の種類	普通	フリガナ	(男性または女性いずれかの名義の口座を記入)	
		当座	口座名義人		
口座番号					(口座番号は右詰記入)

誓約書・同意書

飯能市不妊検査費・不育症検査費助成金の交付に当たり、前住所地において同様の助成金の交付を受けていないことを誓います。また、助成要件確認のため飯能市が保有する住民基本台帳の公簿による確認や他の地方公共団体及び医療機関への照会に同意します。

※自署の場合は押印不要

男性の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

女性の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

事務処理欄

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番号			
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 検査期間 <input type="checkbox"/> 男性・女性双方の検査実施（不妊検査） <input type="checkbox"/> 男女又は女性のみの検査実施（不育症検査）				
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額 円	支給決定額 円	承認・不承認年月日 年 月 日	